

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ АНАСТОМОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЯМИ КИШЕЧНИКА

Козлов Ю.А.^{1,2}, Полоян С.С.¹

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Обоснование. Сравнительный анализ эндохирургического и открытого подходов в лечении атрезий пищеварительного тракта у новорожденных.

Цель: доказательство эффективности и безопасности известных и новых эндохирургических операций, применяемых для восстановления просвета различных отделов пищеварительного тракта, и проведение сравнительного анализа с помощью статистической обработки полученных результатов.

Методы. В рамках научной работы было выполнено многоцентровое ретроспективное когортное исследование. В этом исследовании представлены результаты лечения 540 случаев кишечных анастомозов, выполненных у новорожденных с атрезиями различных сегментов пищеварительного тракта в 3 детских хирургических центрах, расположенных в Иркутске, Кемерово и Красноярске. Исследование охватывает период 15 лет, начиная с января 2005 г. и заканчивая июлем 2020 г. Пациенты были разделены на две группы: I группа — 238 больных, которым была проведена эндохирургическая коррекция атрезии; II группа — 302 пациента, которым анастомозы были выполнены с помощью открытой хирургии. В зависимости от уровня соединения кишечных сегментов все больные были распределены следующим образом: пищевод — 239 (44,2 %); двенадцатиперстная кишка — 211 (39,1 %); тонкая кишка — 70 (13,0 %); толстая кишка — 20 (3,7 %) пациентов. Все лапароскопические анастомозы выполнялись по общим технологическим принципам, включая однорядную технику наложения одиночных эндохирургических швов, использование абсорбирующихся нитей малого диаметра PDSII 6/0 и экстракорпоральной техники завязывания узлов. При конструировании анастомозов на подвижных сегментах пищеварительного тракта применялись транспариетальные якорные швы, предназначенные для стабилизации, а также адекватная декомпрессия приводящего отдела кишечной трубки. В заключительной части исследования с использованием статистики были проанализированы демографические данные пациентов, интра- и послеоперационные параметры, а также осложнения лечения.

Результаты. Пациенты сравниваемых групп имели одинаковые демографические параметры. Статистически значимые различия были обнаружены при анализе продолжительности операции между эндохирургическими и открытыми вмешательствами (70,0 [55,0; 90,0] мин против 95,8 [75,0; 115,0] мин; $p < 0,001$). Начало энтерального питания и время перехода на полноценное энтеральное питание были статистически значимо меньше в группе минимально инвазивной хирургии по сравнению с открытым доступом (4,5 [2,5; 7,0] сут против 8,0 [4,5; 11,0] сут, $p < 0,001$ и 8,0 [5,5; 12,5] сут против 12,0 [7,5; 18,0] сут, $p < 0,001$). Летальность в группе открытой хирургии составила 6,6 [4,1; 10,0] %, что статистически значимо отличалось от летальности в группе лапароскопии (0 случаев, $p < 0,001$). Летальность была обусловлена сопутствующими состояниями (недоношенность, сепсис, врожденные пороки сердца).

Заключение. Настоящее исследование показало, что торакоскопические и лапароскопические анастомозы могут быть безопасно и успешно выполнены у детей младшей возрастной группы, несмотря на малые размеры тела и сопутствующие аномалии.

Ключевые слова: атрезия; лапароскопия; анастомоз; дети.